



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Det som ingen ser

- pasienters erfaringer av å leve med stomi

What no one sees

- patients` experiences of living with a stoma

Toril Krohn og Kathrine Eckhoff Gjeitnes

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 07.05.2010



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Det som ingen ser: pasienters erfaringer av å leve med stomi

Tittel på engelsk: What no one sees: patients`experiences of living with a stoma

Forfatter(e): Toril Krohn og Kathrine Eckhoff Gjeitnes

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 15

Årstall: 2010

Veileder: Else Jørgensen og Bente Dale Malones

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ja ☐nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ja ☒nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ja ☐nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ja ☒nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 07.05.2010

*Lar hendene føle kroppen. Magen er flat og glatt
å røre ved. Står opp og går på badet. Ser meg
naken i speilet. Synes min solbrente kropp er pen
i forhold til alderen. På tirsdag skjærer de bort
endetarmen min og trekker tykktarmen ut på magen,
der det skal henge en plastpose som blir full
av avføring.*

Resten av mitt liv.

Kryper frysende til sengs.

Gråter.

(Thomsen 2001, 696)

Antall ord: 11 581

Sammendrag

Bakgrunn: I følge den landsdekkende interesseorganisasjonen for stomi og reservoaropererte (Norilco) og Christensen (2001) er det i dag 8-10 000 stomiopererte i Norge. Dette antallet ser ut til å øke på grunn av hyppigere forekomst av sykdommer som kan føre til stomi (Jacobsen et al. 2001). Sannsynligheten er derfor stor for at en sykepleier kan treffe denne pasientgruppen, enten på sykehus, sykehjem eller i hjemmesykepleien.

Hensikt: Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse pasienters erfaringer i forhold til det å leve med tarmstomi.

Metode: Metoden som ble benyttet var litteraturstudium. Dette innebærer systematiske søk og kritisk vurdering av aktuell forskning innenfor et valgt tema. Søkene ble utført i databasene Medline og British Nursing Index. Våre funn baseres på seks kvalitative og åtte kvantitative artikler.

Resultat: Pasientene erfarte endring i kroppsoppfatning og frykt for ukontrollerte utslipp av tarmgass og avføring. Stomien kunne påvirke både seksuelle relasjoner og det sosiale livet. Det var stor variasjon i hvordan pasientene tilpasset seg den nye situasjonen, og sykepleieren ble ansett å ha en spesielt viktig rolle i å hjelpe og oppmuntre pasientene til denne tilpasningen.

Konklusjon: Litteraturstudien viste at pasientene erfarte at stomianleggelsen kunne ha fysisk og psykisk påvirkning på deres liv.

Nøkkelord: stomi, kroppsbylde, erfaring, tilpasning, sykepleie

Abstract

Background: According to the national association for stoma and reservoir operated (Norilco) and Christensen (2001), there are currently 8-10 000 patients` with stoma in Norway. This number seems to increase due to the increasing incidence of diseases that can lead to stoma (Jacobsen et al. 2001). The probability is high that a nurse who can take this group of patients, either in hospital, nursing home or home nursing.

Aim: The aim of this study was to illuminate patients` experiences related to their lives with intestinal stoma.

Method: The method used for this research was a literature study. This approach involves systematic searches and critical reviews of current research within a chosen theme. The search for literature was conducted in the databases of Medline and British Nursing Index. The findings of this research are based on six qualitative and eight quantitative articles.

Results: The patients experienced changes in body perception and fear of uncontrolled discharge of uncontrolled gas and feces. Stoma could affect both sexual relationships and social life. There was great variation in how patients adapted to the new situation, and nurses were considered to have an important role in helping and encouraging the patients in this process.

Conclusion: This literature study showed that the patients experienced that stoma surgery could have both physical and psychological impact on their lives.

Keywords: stoma, body image, experience, adaption, nursing

Innhold

1.0 Innledning	1
1.1 Hensikt	1
2.0 Teoribakgrunn	2
2.1 Årsaker til stomi	2
2.2 Ulike stomier	3
2.3 Kroppsoppfatning	4
2.4 Mestring	4
2.5 Sykepleierens støttende funksjon	5
3.0 Metodebeskrivelse	7
3.1 Datainnsamling	7
3.2 Inklusjonskriterier	9
3.3 Kvalitetsvurdering	9
3.4 Dataanalyse	9
4.0 Resultat	11
4.1 Stomien kunne endre kroppsoppfatningen	11
4.2 Usikkerhet rundt eliminasjon, hud og klesstil	12
4.3 Seksualitet og intimitet ble vanskelig	14
4.4 Å få hverdagen sin begrenset	15
4.5 Det kunne være vanskelig å akseptere stomien	16
4.6 Sykepleieren hadde en nøkkelrolle	16
5.0 Diskusjon	18
5.1 Metodediskusjon	18
5.2 Resultatdiskusjon	20
5.2.1 Pasienters erfaring med endret kroppsoppfatning	20
5.2.2 Pasienters erfaring med stomiens påvirkning på eliminasjon, hud og klesstil	23
5.2.3 Pasienters erfaring med stomiens påvirkning på seksuelle relasjoner	25
5.2.4 Pasienters erfaring med stomiens påvirkning på det sosiale livet	27
5.2.5 Pasienters erfaring med å tilpasse seg livet med stomi	29
5.2.6 Pasienters erfaring med sykepleierens støtte	30
6.0 Konklusjon	33
Litteraturliste	34

Vedlegg 1 Tabell over artiklenes innhold og kvalitet

Vedlegg 2 Fargekoder

Vedlegg 3 Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning

Vedlegg 4 Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie

Vedlegg 5 PICO-skjema

1.0 Innledning

Hvert år blir mange mennesker operert for sykdommer eller skader som gjør det nødvendig å lede avføring gjennom en kunstig anlagt åpning i abdominalveggen, en stomi (Almås og Bruce 1992). I følge den landsdekkende interesseorganisasjonen for stomi og reservoaropererte (Norilco) og Christensen (2001) er det i dag 8-10 000 stomiopererte i Norge. Dette antallet ser ut til å øke på grunn av hyppigere forekomst av sykdommer som kan føre til stomi (Jacobsen et al. 2001). Sannsynligheten er derfor stor for at en sykepleier kan treffe denne pasientgruppen, enten på sykehus, sykehjem eller i hjemmesykepleien.

Vi har valgt å avgrense oppgaven til tarmstomi siden vi begge har møtt tarmstomiopererte pasienter under vår praksis ved kirurgisk avdeling. Der fikk vi kun innblikk i den pre- og postoperative fasen, noe som gjorde oss nysgjerrige på hvordan det å ha fått tarmstomi ville påvirke deres videre hverdag etter utskriving fra sykehus. Vi tror at en ved å øke sin kunnskap om hvordan stomipasientene erfarer sin hverdag, lettere vil kunne hjelpe pasientene til å tilpasse seg et liv med stomi.

1.1 Hensikt

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse pasienters erfaringer i forhold til det å leve med tarmstomi.

Problemstillinger:

- *Hvordan påvirker stomien pasienters hverdag?*
- *Hvilke pasienterfaringer er det viktig at sykepleierne har kjennskap til for å lette pasienters tilpasning til livet med stomi?*

2.0 Teoribakgrunn

Den første stomioperasjonen ble utført i Frankrike av legen Pillore i 1776. Etter kun 28 dager døde pasienten, men operasjonen ble likevel regnet som en stor suksess. Mye har endret seg siden den gang, både når det gjelder operasjonsteknikker, antibiotika, anestesi, pleie og stomiprodukter (Christensen 2001). I 1952 utviklet den engelske kirurgen Brian Brooke teknikken med å vrenge tarmen før den festes i huden, og det er denne teknikken som fortsatt brukes i dag (Aae 2001).

Det å skulle få stomi kan oppleves som skremmende og være forbundet med mye usikkerhet (Aae 2001). I følge en artikkel skrevet av Hannah Brown og Jacqueline Randle (2004) kan stomikirurgi påvirke individers liv på mange forskjellige måter. De viser til konsekvenser for kroppssoppfatning, seksualitet, ekteskap og arbeidsforhold. De henviser også til erfaringer som å føle seg unormal, å føle avsky og problemer med den psykososiale tilpasningen. Aae (2001) trekker også frem mulige utfordringer i forbindelse med klesvalg. Ikke alle disse områdene blir beskrevet i vår teoribakgrunn, men utdypes i resultat- og diskusjonskapitlene.

2.1 Årsaker til stomi

De vanligste årsakene til tarmstomi er kreft i tarmkanalen og betennelsestilstandene Ulcerøs kolitt og Crohn sykdom (Brown og Randle 2004).

Tykkktarmskreft er den hyppigste kreftformen i Norge, og en ser en økning av tilfeller i industrialiserte land. I Norge diagnostiseres ca. 3200 nye tilfeller per år, og det er hovedsakelig personer fra 50 år og eldre som rammes (Jacobsen et al. 2001). Årsakene er ikke fullstendig kjent, men både genetiske faktorer og kosthold har betydning (Wyller 2006). Behandlingen er operativ alt etter svulstens lokalisasjon. Sitter svulsten langt nede i endetarmen er ofte stomi løsningen (Jacobsen et al. 2001).

Kronisk inflammatorisk tarmsykdom er en samlebetegnelse for sykdommene Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. I følge Jacobsen et al. (2001) debuterer sykdommene ofte i 20-40 års alderen. Det er ikke kjent hva som utløser betennelsesreaksjonene, men etter all

sannsynlighet er autoimmune mekanismer involvert ved begge sykdommene. Betennelsesreaksjonen ved Ulcerøs kolitt er lokalisert til selve tarmslimhinnen i tykktarmen. Behandlingen er medikamentell, men stomi er et alternativ der symptomene ikke bringes godt nok under kontroll. I motsetning til Ulcerøs kolitt kan betennelsesreaksjonen ved Crohns sykdom ramme alle deler av fordøyelseskanalen, og karakteriseres med at betennelsesprosessen omfatter alle lagene i tarmveggen. Behandling er både symptomatisk og medikamentell, men anleggelse av stomi er også her et alternativ (Jacobsen et al 2001).

2.2 Ulike stomier

En stomi er en kirurgisk konstruert åpning i kroppen, og det er organnavnet foran ordet stomi som angir stomiens plassering (Aae 2001). Det kan for eksempel være en forbindelse mellom hudoverflaten og luftrøret (trakestomi), tykktarmsstomier (kolostomier), tynntarmsstomier (ileostomier) eller urinstomier (urostomi). En stomi kan anlegges midlertidig eller være permanent. Inkontinente stomier har ingen lukkemuskel og luft og tarminnhold passerer derfor ukontrollert.

Tarminnholdet fra en kolostomi er relativt fast. Når tarmfunksjonen har stabilisert seg etter operasjonen kommer tømingsvanene, til tross for at lukkemuskelen mangler, ofte inn i et relativt regelmessig mønster. Vedkommende kan noenlunde forutse når han skal ha avføring, og han kan være forholdsvis trygg mellom tømmingene. Lekkasje er den vanligste årsaken til hudproblemer, men siden tarminnholdet ved kolostomi er relativt fast får pasienten vanligvis ikke dette problemet. Han må likevel ha pose over åpningen for å være trygg (Aae 2001).

Ved ileostomi er konsistensen tynnere og av den grunn tømmer tarminnholdet seg mer eller mindre kontinuerlig. I tillegg inneholder avføringen proteolytiske fordøyelsesenzymer som kan etse huden rundt stomien ved en eventuell lekkasje. Faren for lekkasje fører også til at en ileostomi blir konstruert lengre enn en kolostomi, og bør måle 3-4 cm utenfor hudnivået. Fordi tarminnhold og tarmgasser tømmer seg ukontrollert og for å slippe å stadig måtte skifte pose, velger de fleste en tømbar pose (Aae 2001).

En stomi kan også være kontinent. Man bruker da tynn- eller tykktarmen for å lage en innvendig oppsamlingsmulighet for luft og avføring. En kontinent stomi tømmes fem til seks ganger i døgnet ved hjelp av et reservoarkateter eller en rektumsonde, og mellom tømningene bruker en kun en liten bandasje over åpningen (Aae 2001).

2.3 Kroppsoppfatning

I tillegg til de praktiske forandringene stomien fører med seg, griper operasjonen også inn i personens opplevelse av seg selv (Almås og Bruce 1992). Hvordan en oppfatter kroppen sin forteller noe om ens selvoppfatning. Kroppsoppfatningen inkluderer aktuelle og tidligere oppfatninger og følelser som den enkelte har i forhold til kroppens funksjoner og de muligheter til ytelse den gir, samt hvordan man tar seg ut. Når deler av det fysiske selvet blir berørt av tap, for eksempel av en legemsdel, eller når kroppen ikke lenger fungerer som den skal, kan selvbildet slå alvorlige sprekker (Hummelvoll 2008).

Ved anlagt stomi mister en kontrollen over avføring og tarmgasser, noe en kanskje lærte seg å kontrollere allerede ved to- tre års alderen. Omgivelsene forventer at man skal holde seg renslig, og at en skal holde uønskede lyder eller lukter for seg selv. Å tape denne kontrollen føles for mange som tap av voksen identitet og tabuholdninger i samfunnet til kroppens avfallsprodukter forsterker denne følelsen (Aae 2001).

Når det fysiske selvet endres, for eksempel ved utlagt tarm, kommer gjerne en periode med depresjon. Å tilpasse seg til og akseptere at man har endret kroppsfunksjonen eller utseendet, krever ofte lang tilpasningstid (Hummelvoll 2008). Den stomioperertes kroppsopplevelse er noe sykepleiere vanligvis får lite kjennskap til, og det er derfor viktig å være klar over at en slik operasjon har negativ virkning på pasientens kroppsoppfatning og selvbilde (Almås og Bruce 1992).

2.4 Mestring

Evnen til mestring (aktiv tilpasning) er et dynamisk fenomen, en kontinuerlig prosess gjennom hele livet. Sentralt i denne prosessen er evnen til å lære, bearbeide erfaringer og til å være i utvikling som menneske (Kristoffersen 1996). Mestring dreier seg om hvordan

mennesker møter belastende livssituasjoner. Det er grovt sett to måter å reagere på: En kan enten se situasjonen i øynene og mobilisere indre og ytre ressurser for å møte den, eller en kan forsøke å fortrenge ubehaget eller skyve det unna ved hjelp av forskjellige forsvarsmekanismer. De indre ressursene er personens evner, anlegg, kognitive ferdigheter, kunnskaper, livserfaringer og motivasjon. De ytre ressursene omfatter familie og sosial nettverk, utdanning og arbeid, økonomi og tilgjengelighet til helse- og omsorgstilbud (Reitan 2006).

Sykdom innebærer alltid en endring. Noen forandringer er ønsket, andre uønsket. Ved ønskede forandringer er situasjonen for det meste preget av kontroll, men når forandringen er uønsket kan det ofte være vanskelig å ha kontroll og bestemme selv. Slik kan det være ved sykdom, pasienten får mindre tid til å fylle de rollene som betyr noe for ham, for eksempel rollen som mor, far, student eller arbeidstaker (Reitan 2006).

2.5 Sykepleierens støttende funksjon

Som sykepleier til pasienter med stomi har en blant annet ansvar for preoperative forberedelser, postoperative observasjoner samt informasjon og veiledning med tanke på tiden fremover (Indrebø 2008). I tillegg til disse oppgavene har også sykepleieren en viktig støttende funksjon. En sykepleier kan gjennom sin støttende funksjon gi pasienten kunnskap, noe som i følge Aae (2001) kan bygge opp pasientens kompetanse og trygghet.

Uansett om anleggelsen av stomien er akutt eller elektiv, opplever de fleste pasientene situasjonen som skremmende (Aae 2001). I følge Indrebø (2008) er den psykiske tilnærmingen til et liv med stomi en langvarig prosess. Pasienter har dermed ikke kun behov for støtte under sykehusoppholdet, men også etter utskrivning. I artikkelen til Brown og Randle (2004) ble det presentert at pasienter med stomi som hadde tilgang til stomisykepleier, var ti uker etter stomianleggelsen mindre engstelige og deprimerte enn de som ikke hadde denne tilgangen.

Når en pasient har fått anlagt en stomi kan det være til stor hjelp å få tildelt en støtteperson i form av en tidligere stomioperert pasient (Christensen 2001). Som sykepleier kan en hjelpe pasientene med å komme i kontakt med ulike pasientforeninger. Pasientforeningen

Norilco kan i tillegg til å bidra med forskjellig informasjonsmateriell også tilby samtale (Indrebø 2008). Christensen (2001) sier at selv etter mange år vil de fleste pasienter huske tiden etter stomianleggelsen, og sykepleierens holdninger og handlinger i denne perioden kan derfor være avgjørende for pasientenes erfaringer av å leve med stomi.

3.0 Metodebeskrivelse

Vi har benyttet metoden litteraturstudie i vårt arbeid med å besvare våre problemstillinger. Metoden var på forhånd bestemt av skolen. I følge Forsberg og Wengstrøm (2008) innebærer en litteraturstudie systematiske søk og kritisk vurdering av aktuell forskning innenfor et valgt problemområde. Målet med en litteraturstudie er at den samlede forskningen skal danne et godt grunnlag for videre klinisk virksomhet.

3.1 Datainnsamling

Litteraturstudien startet med å fylle ut et standardisert PICO-skjema, (P: population/problem, I: intervention, C: comparison og O: outcome), se vedlegg 5. Bokstavene i skjemaet hjalp oss å dele opp problemstillingene slik at de kunne struktureres på en hensiktsmessig måte, noe som bidro til å finne relevante søkeord (Nortvedt et al. 2007). For å finne aktuelle engelske søkeord benyttet vi databasen SveMed+. Ved å skrive inn våre norske søkeord i denne databasen fant vi de engelske via relevante treff.

Avanserte søk ble foretatt i databasene British Nursing Index og Medline. Ut i fra våre problemstillinger ble hovedsøkeordet vårt ”Stoma” som ble kombinert med søkeordene quality of life, cope, home, daily life, daily living, body image, experiences, adaptation og challenges med utvalgte synonymord. Vi søkte først på ett og ett ord om gangen for så å kombinere de med OR. OR sikrer at det søkes etter artikler der enten det ene eller det andre søkeordet benyttes. Deretter kombinerte vi søkene med AND for å avgrense søket til artikler som inneholdt alle ordene (Nortvedt et al. 2007). I begge databasene benyttet vi trunkeringstegn etter stammen av søkeordet for å sikre at det ble søkt etter alle varianter av ordet. En artikkel ble også funnet gjennom manuelt søk. Vi viser til artikkel nummer 5 (vedlegg 1) som ble funnet ved å se i relevante referanselister.

Oversikt over litteratursøk

<i>Dato</i>	<i>Database</i>	<i>#</i>	<i>Søkeord</i>	<i>Antall treff</i>	<i>Leste abstrakt</i>	<i>Leste artikler</i>	<i>Inkluderte artikler</i>
22.09.09	British Nursing Index (OVID)	1	Stoma				
		2	Ostomy				
		3	"Quality of Life"	4227			
		4	1 or 2	736			
		5	3 and 4	27	12	2	0
23.09.09	British Nursing Index (OVID)	1	stoma	429			
		2	cop\$	3011			
		3	1 and 2	14	14	3	3
24.09.09	Medline (OVID)	1	stoma	4491			
		2	ostomy or ileostomy	11624			
		3	1 or 2	17868			
		4	limit 4 to yr="1999- current"	5660			
		5	home\$	275196			
		6	"Daily Life"	5653			
		7	"Daily Living"	44216			
		8	5 or 6 or 7	315507			
		9	3 and 8	437			
		10	"Quality of Life"	114810			
		11	cope or coping	34014			
		12	"Body Image"	11276			
		13	experience\$	492626			
		14	adaptation\$	174045			
		15	10 or 11 or 12 or 13 or 14	769114			
		16	15 and 9	157	30	9	7
07.12.09	Medline (OVID)	1	stoma\$	199578			
		2	colostomy	9185			
		3	ileostomy	6378			
		4	ostomy	1389			
		5	1 or 2 or 3 or 4	212416			
		6	"Quality of life"	119607			
		7	challeng\$	241954			
		8	5 and 6 and 7	66	10	2	2
		9	experience\$	492308			
		10	5 and 9	7892			
		11	limit 10 to (abstracts and english and full text and yr="2009")	61	15	1	1

3.2 Inklusjonskriterier

Vi ønsket å inkludere både kvalitative og kvantitative forskningsartikler som var publisert fra år 2001 og frem til 2010. Artiklene skulle være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Utvalget ble avgrenset til personer over 18 år med tarmstomi. Vi valgte å være åpen angående stomiårsak, tid siden stomianleggelse, samt om stomien var permanent eller midlertidig. Artiklene skulle være refereevurdert og tilgjengelig i full tekst.

3.3 Kvalitetsvurdering

For å sikre at våre funn skulle være basert på artikler av god vitenskapelig kvalitet, vurderte vi kvaliteten på de 14 artiklene som var relevante for vår problemstilling. Vi benyttet sjekklister for kvalitetsvurdering funnet på internettssidene til Kunnskapssenteret. Disse sjekklistene er også tilgjengelige i Nortvedt et al. (2007). Etter at vi sammen hadde lest alle artiklene delte vi de mellom oss og vurderte dem ut i fra sjekklistene. Vi presenterte så vurderingene for hverandre, og avgjørelsen om artiklenes kvalitet var høy, middels eller lav gjorde vi sammen. Dersom ikke flere enn to av kriteriene var mangelfullt beskrevet bedømte vi kvaliteten som høy. Hvis flere kriterier enn to enten ikke var oppfylt eller ikke godt nok beskrevet vurderte vi kvaliteten til middels. Dersom svært få kriterier var oppfylt eller ikke godt nok beskrevet vurderte vi kvaliteten til lav.

Det ble vurdert om etiske hensyn var ivaretatt i artiklene. I følge Aadland (2004) skal forskning vedrørende mennesker alltid ta hensyn til personvern, taushetsplikt og anonymisering. Forskerne bør innhente frivillig samtykke samt understreke at deltakerne kan trekke seg underveis. Angående kvalitetsvurderingen og om etiske hensyn var ivaretatt henviser vi til vedlegg 1.

3.4 Dataanalyse

I søkeprosessen valgte vi ut artikler etter å ha lest tittel og abstrakt (se tabell over litteratursøk). Etter søkene forelå 16 artikler. Disse ble av begge lest i sin helhet og graden av relevans ble bedømt ut i fra våre problemstillinger. Vi noterte årstall, hvilket land artikkelen var fra og om den var kvalitativ eller kvantitativ. Dette ga oss en systematisk og

god oversikt over artiklene. I denne prosessen valgte vi å ekskludere to av artiklene på grunn av alder og relevans.

For å finne aktuelle temaer fordelte vi artiklene mellom oss og på nytt leste vi artiklene i sin helhet. Fokuset var hele tiden å ha oppgavens problemstillinger i tankene, i vårt tilfelle var fokuset pasienterfaringer. I margin noterte vi eventuelle temaer som kom frem i teksten. Disse presenterte vi siden for hverandre og sammen kom vi frem til 13 relevante temaer. For å få en god oversikt over hvert tema ble de tilknyttet hver sin farge (vedlegg 2). Igjen ble artiklene delt mellom oss og funn ble markert med tildelt farge. Deretter jobbet vi sammen og presenterte funnene for hverandre samt foretok eventuelle endringer. Endringer ble foretatt der vi mente et funn enten hørte til under et annet tema, eller at vi valgte å plassere det samme funnet under flere temaer.

Funnene ble oversatt til norsk og plassert under sine respektive temaoverskrifter. Vi så nå at flere av temaene gikk inn i hverandre og kunne derfor med fordel slås sammen. De 13 temaene ble redusert til 6 resultattemaer. Innenfor hvert tema klippet vi nå ut hvert enkelt funn for siden å sette dem sammen igjen i det vi mente var en naturlig rekkefølge. Dette kunne være på grunn av likheter, ulikheter, ytterpunkter eller kontraster. Ut i fra disse sammenfatningene skrev vi vårt resultatkapittel med følgende seks temaer: ”Stomien kunne endre kroppsoppfatningen”, ”Usikkerhet rundt eliminasjon, hud og klesstil”, ”Seksualitet og intimitet ble vanskelig”, ”Å få hverdagen sin begrenset”, ”Det kunne være vanskelig å akseptere stomien” og ”Sykepleieren hadde en nøkkelrolle”.

4.0 Resultat

Resultatet bygger på 14 artikler, 6 kvalitative og 8 kvantitative. Analysen resulterte i seks temaer som presenteres hver for seg, og forsterkes med sitater fra noen av de analyserte artiklene.

4.1 *Stomien kunne endre kroppsoppfatningen*

I følge Sinclair (2009) uttalte alle de syv deltakerne i studien, at det å våkne opp etter operasjonen og se stomien for første gang var et stort sjokk. Dette utsagnet ble også støttet i en av de svenske artiklene der det ble beskrevet som en følelse av å være annerledes (Persson og Hellstrøm 2002). I flere av studiene ble det gitt uttrykk for at stomioperasjonen ga en betydelig endring i pasientenes eget kroppsbilde (Notter og Burnard 2005, Persson og Hellstrøm 2002, Richbourg, Thorpe og Rapp 2007). For noen kunne kirurgi virke frigjørende, mens for andre kunne det hemme deres evne til å leve et godt liv (Manderson 2005). Noen av pasientene som ble spurt om sine følelser angående sitt endrede utseende kom med utsagn som;

The stoma is ugly and I am damaged goods, I feel like a freak.

When people looked at me, I was frightened.

It was disgusting and the ileostomy was gross (Sinclair 2009, 311).

En av kvinnene i Notter og Burnard (2005) uttalte at å leve med stomien var forferdelig, og at hun aldri lengre følte seg ren. Denne type henvisning til tap av fysisk renslighet var ikke uvanlig, men for en liten gruppe gikk problemet mye dypere. Fordi de nå ikke kunne ha kontroll over avføring og lukt, følte de seg redusert til dyr. De gjorde det klart at mennesker skulle kunne kontrollere sin kropp, vaske seg selv og opprettholde en viss standard for renslighet. Flere av kvinnene rapporterte også om følelser som å føle seg vansiret, mindre feminin og mindre kvinnelig.

To av de syv deltakerne i Sinclair (2009) sin studie påsto at de hadde blandede følelser angående det å miste en kroppsdel og ingen av dem aksepterte stomien som en del av

kroppen. Den av deltakerne som hadde hatt stomien lengst av alle, var også den som uttrykte sterkest følelse av sinne og hat.

4.2 Usikkerhet rundt eliminasjon, hud og klesstil

De mest negative aspektene ved å leve med stomi var oppgitt som usikkerhet og frykt for lekkasje, lyd, lukt og gass samt det å ikke kunne finne et toalett når man var i ukjente omgivelser (Carlson, Berglund og Nordgren 2001, Karadag et al. 2003, Manderson 2005,). I McMullen et al. (2008) rapporterte noen av deltakerne at de også følte skam da lyd, gass og lukt ukontrollert slapp ut fra posen.

Usikkerhet og frykt i forbindelse med lukt, lyd, gass og lekkasje

I Richbourg, Thorpe og Rapp (2007) sin studie oppga 59 % av 34 deltakere at de erfarte lukt som et problem, mens det i Karadag et al. (2003) sin studie var 95,3 % av 43 deltakere som opplevde dette. Mange av pasientene oppga at de på grunn av skjemmende lukt gruet seg for å bruke offentlige toaletter når de skulle tømme eller skifte pose (Carlson, Berglund og Nordgren 2001, McMullen et al. 2008, Notter og Burnard 2005, Persson og Hellstrøm 2002), og selv etter å ha levd i 30 år med stomi anså flere dette som et stort problem (Berndtsson, Lindholm og Ekman 2005).

Lyd var også et av pasientenes hovedproblem, i en studie oppga 97,7 % av 43 deltakere at lyd og gass var problem (Karadag et al. 2003). Redsel for uønsket lyd var også relatert til lyd som rasling fra selve stomiposen (Manderson 2005). I forbindelse med at pasientene var redde for ukontrollerte gassutslipp (Manderson 2005, Persson og Hellstrøm 2002,) oppga de også at det var vanskelig å finne steder der det egnet seg å slippe ut gassen (McMullen et al. 2008).

Lekkasje var erfart som et vanlig problem både blant ileo- og kolostomi pasienter (Krouse et al. 2007, Manderson 2005, Richbourg, Thorpe og Rapp 2007, Sinclair 2009). I Sinclair (2009) sin studie sa tre av syv deltakere at de hadde erfaring med lekkasje, mens i Richbourg, Thorpe og Rapp (2007) sa 62 % av 34 deltakere at lekkasje var et problem. I Berndtsson et al. (2004) sin studie blant pasienter med Kocks reservoar, rapporterte 18 %

av 68 deltakere at de hadde permanente eller periodevise lekkasjeproblemer. Det å ha tidligere erfaringer med lekkasje gjorde at man kunne føle hindringer i å oppsøke sosiale situasjoner (McMullen et al. 2008). Selv deltakere med 30 års erfaring med stomi fryktet fortsatt for lekkasje og for å få klærne sine tilgriset (Berndtsson, Lindholm og Ekman 2005). Dette ble støttet i Sinclair (2009) sin studie. Der fremkom det at lekkasje opplevdes flaut og mentalt ødeleggende, og tre av de syv deltakerne i denne studien opplevde sinne fordi de hadde vært nødt å reise hjem fra arbeid for å skifte klær. Ved lekkasje oppstår det naturligvis uønsket lukt og som en av deltakerne sa ” I couldn’t seem to get the smell off me no matter how much I washed ” (Notter og Burnard 2005, 153).

Vanskelig å holde huden rundt stomien intakt

Fukt under platen eller avføring som hadde kommet i kontakt med huden ble rapportert som årsak til hudkomplikasjoner. Det ble vanskelig å holde huden rundt stomien inntakt, utslett, rødhet, smerte og irritert hud ble utfordringer (McMullen et al. 2008, Persson og Hellstrøm 2002). Dette var plager som også ble beskrevet i flere av de andre artiklene (Karadag et al. 2003, Krouse et al. 2007, Manderson 2005). 76 % av 34 deltakere i Richbourg, Thorpe og Rapp (2007) sin studie og seks av syv deltakere i Sinclair (2009) sin studie fortalte at de erfarte alt fra små hudirritasjoner til større skader. For å unngå irritasjon sa samtlige seks deltaker at de måtte bruke ekstra tid på hudpleie (Carlson, Berglund og Nordgren 2001).

Å måtte endre klesstil

Når posen blåste seg opp fordi den fyltes med gass oppsto det redsel for at den skulle bli synlig utenpå klærne (Manderson 2005, Persson og Hellstrøm 2002, Sinclair 2009). For å forhindre dette kom det frem i flere av artiklene at ca. 50 % i snitt måtte endre sine valg av klær (Karadag et al. 2003, Krouse et al. 2007, McMullen et al. 2008). Tre av syv deltakere uttrykte i den forbindelse nød og sinne (Sinclair 2009). En av de yngre kvinnelige deltakerne ville så gjerne følge dagens motebilde ved å gå med bukser med lav linning, men innså at dette ikke lengre var mulig (Manderson 2005).

4.3 Seksualitet og intimitet ble vanskelig

Seksualitet og intimitet innebar store utfordringer for mennesker med stomi (McMullen et al. 2008). I følge Krouse et al. (2007) var intimitet det mest alvorlige sosiale problemet hos pasienter med kolostomi. Stomien kunne være årsak til seksuelle problem og at mange ble mindre seksuelt aktive (Karadag et al. 2003, Krouse et al. 2007, Manderson 2005, Richbourg, Thorpe og Rapp 2007). I en kvalitativ studie fra Canada uttrykte én av deltakerne at for han hadde stomien hatt en positiv effekt siden den hadde kurert foreliggende sykdom. Han hadde tidlig etter stomianleggelsen dratt ut på stevnemøte (Sinclair 2009).

Sivilstatus kunne påvirke opplevelsen av seksuelle problem, å være i fast forhold opplevdes for mange som en trygghet (Notter og Burnard 2005, Sinclair 2009). Samtidig viste det seg at også i ekteskap kunne stomien føre til problem, og det kunne være vanskelig å opprettholde gode og sikre forhold til partneren (Notter og Burnard 2005, Sinclair 2009). Å være singel var vanskelig for mange stomipasienter, flere unngikk stevnemøter og det kunne gå flere år før noen oppsøkte seksuell og intim kontakt (Manderson 2005, Sinclair 2009). Tross sivilstatus ønsket mange å unngå at partner så dem nakne (Manderson 2005). Flere utviklet strategier for å gjemme kroppen, som å skru av lyset, lukke baderomsdøren og bruke undertøy som skjulte stomiposen (Notter og Burnard 2005).

When we first went to bed, I was like, I used to have to hang on, I was literally clenched because of fear, like I never knew if I was going to be letting wind or something more than that and it took me a long, long time to feel comfortable (Manderson 2005, 409).

Årsaker til at stomi kunne føre til seksuelle problem var ikke bare at den kunne føre til nedsatt selvtilitt, men også at mange ikke lenger følte seg attraktive (Carlson, Berglund og Nordgren 2001, Karadag et al. 2003, Notter og Burnard 2005, Persson og Hellstrøm 2002). Seksualitet og intimitet innebar også ofte problem på grunn av bekymring eller redsel for at noe pinlig skulle oppstå under sex (Berndtsson, Lindholm og Ekman 2005). Bekymringer over lukt, lekkasje, lyder og om posen kom til å falle av førte for mange til en redusert grad av seksuell nytelse (Krouse et al. 2007, Manderson 2005).

4.4 Å få hverdagen sin begrenset

Etter stomianleggelse ble mange usikre på om de skulle fortelle det til noen, hvem de skulle fortelle det til, samt hvordan folk kom til å reagere (Persson og Hellstrøm 2002). I Karadag et al. (2003) sin studie hadde 25 % av 43 deltakere så lav selvtillit at de ikke turte å fortelle andre om stomien. I en studie fra Canada (Sinclair 2009) var tre av syv deltakere åpen om sin stomi, de snakket med familiemedlemmer, venner og kollegaer. Resterende del av deltakerne snakket enten kun med nærmeste familie eller utvalgte familiemedlemmer. Det kom også frem at folk generelt reagerte negativt på stomien. I Carlson, Berglund og Nordgren (2001) sin studie kom det frem at alle som hadde fortalt venner om stomien fikk støtte.

Some friends can't handle the bag-on-body situation. They refuse to understand.. .. they are so narrow-minded, it's sad. They treat me as an invalid. The friends I expected to understand did so.. ..illness sure shows who your real friends are.. (Manderson 2005, 409).

I en undersøkelse ble det presentert at pasienter med stomi hadde tydelig lavere sosialfunksjon enn den generelle befolkningen (Ito, Tanaka og Kazuma 2005). Mange ble usikre på hvordan de skulle håndtere sosiale aktiviteter, og for noen var det stor fare for isolasjon (Manderson 2005, McMullen et al. 2008, Persson og Hellstrøm 2002, Sinclair 2009). I en studie fra Tyrkia (Karadag et al. 2003) foretrakk hele en tredjedel av deltakerne å unngå kontakt med nye mennesker.

Stomien påvirket i stor grad hverdagen for flere. Mange sluttet med aktiviteter de likte tidligere, og de fleste følte et savn i forhold til å finne på noe spontant (Carlson, Berglund og Nordgren 2001, Persson og Hellstrøm 2002, Richbourg, Thorpe og Rapp 2007). Flere valgte å fortsette med likte aktiviteter, utdanning eller karriere, men de fleste følte frykt (Sinclair 2009). De mest problematiske aktivitetene var reising, fysisk aktivitet og andre aktiviteter som husarbeid og bading (Berndtsson, Lindholm og Ekman 2005, Karadag et al. 2003, Krouse et al. 2007, McMullen et al. 2008).

Flere var bekymret for å returnere tilbake til sin tidligere arbeidsplass (Persson og Hellstrøm 2002), og mange følte at de ikke var i stand til å arbeide fulltid (Carlson,

Berglund og Nordgren 2001). 95,7 % av 1495 deltakere i en annen studie anså stabil jobb som viktig for å være tilfreds med livet (Nichols og Riemer 2008). I Sinclair (2009) sin studie fant deltakerne ut at deres overordnede var svært forståelsesfulle.

4.5 Det kunne være vanskelig å akseptere stomien

Berndtsson, Lindholm og Ekman (2005) hevdet at flere av deltakerne uttalte at de etter 30 år med stomi, ikke lengre hadde behov for kontakt med helsevesenet og at de ikke anså seg selv som pasienter. Selv om en pasient hadde hatt stomien i mange år og man skulle tro at han hadde tilpasset seg situasjonen, kunne det motsatte være tilfelle (Manderson 2005). Tre av seks deltakere i Carlson, Berglund og Nordgren (2001) sin studie sa at de fortsatt etter 20 år ikke hadde akseptert stomien.

I følge Manderson (2005) sa flere av de som før stomioperasjon hadde slitt med inkontinensproblemer, at livet var blitt mye bedre og at de ikke hadde angret på operasjonen. Tre av deltakerne i Carlson, Berglund og Nordgren (2001) sin studie sa de lekte med tanken om et liv uten stomi, mens de resterende tre ikke ønsket seg tilbake til livet før stomioperasjonen. Dette ble begrunnet med at de tidligere hadde hatt avføring opptil 20-30 ganger daglig.

4.6 Sykepleieren hadde en nøkkelrolle

I Notter og Burnard (2005) sin studie rapporterte de fleste at de var godt fornøyd med støtten de hadde fått av stomisykepleierne, og at dette hadde hatt positiv effekt på deres evne til å bli selvstendig (Wu, Chau og Twinn 2007). Sykepleieren ble ansett å ha en viktig rolle i å hjelpe og oppmuntre pasientene med å tilpasse seg sin nye situasjon (Notter og Burnard 2005), og stomisykepleiere ble nevnt spesielt som viktige problemløsere (McMullen et al. 2008).

Noen av deltakerne i Carlson, Berglund og Nordgren (2001) sin studie sa de satte pris på at det var lett å ta kontakt med helsepersonell. Selv om den muntlige utskrivningssamtalen ble ansett som tilstrekkelig, sa deltakerne at de var frustrerte over mangelen på skriftlig informasjon, og oppfattet dette som negativt for deres tilpasning til å leve med stomi. Som

et resultat av dette oppsøkte de ofte ressurser utenfor helsevesenet og søkte i stedet etter informasjon hos produktleverandører, på internett og i chatterom (Sinclair 2009).

De fleste i Krouse et al. (2007) sin studie og alle i Carlson, Berglund og Nordgren (2001) var medlemmer i en støttegruppe. I sist nevnte studie sa fire av de seks deltakerne at dette hadde vært til stor hjelp for dem og påpekte at det var viktig å ha kontakt med noen med dypere innsikt. De fleste i Richbourg, Thorpe og Rapp (2007) sa de hadde valgt å ikke søke hjelp eller delta i støttegrupper og 20 % av dem som opplevde vanskeligheter etter hjemkomst søkte ikke hjelp fra noen.

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse pasienters erfaringer i forhold til det å leve med tarmstomi. For å sette oss inn i temaet henvendte vi oss til Norilco som sendte deres informasjonsmateriell beregnet på pasienter med stomi og deres pårørende. Sammen med teoribakgrunnen ga denne informasjonen oss et innblikk i deres eventuelle utfordringer. Ut i fra hensikten kom vi frem til problemstillingene. Disse sammen med et prøvesøk ga grunnlag for relevante søkeord. På grunn av endringer i ordlyden av våre problemstillinger ble det likevel behov for nye søk med nye søkeord. Dette er grunnen for variasjonen av søkeord, noe som kommer frem i vår oversiktstabell over litteratursøk.

Vi valgte kun å søke i databasene British Nursing Index og Medline. Siden vi ønsket å belyse pasienterfaringer anbefaler Nordtvedt et al. (2007) generelle databaser som Medline og Cinahl, men på grunn av manglende tilgang på databasen Cinahl gjennom Høgskolen i Molde, ble vi i stedet anbefalt av bibliotekar å benytte databasen British Nursing Index. Det kan stilles spørsmål om vi med fordel kunne benyttet oss av flere databaser for ikke å utelukke mulige relevante artikler. På tross av dette mener vi at vi ved søk i disse to databasene fant tilstrekkelig forskningsmateriale til å kunne besvare våre problemstillinger. Ved noen av søkene fikk vi et stort antall treff og for å redusere antallet ble kun titlene lest. Dette kan være en svakhet for oppgaven siden vi på denne måten kan ha oversett aktuelle artikler.

Siden våre problemstillinger omhandler pasienterfaringer anbefaler Nordtvedt et al. (2007) at resultatkapittelet bør baseres på kvalitativ forskning, men i vår søkeprosess så vi likevel at overvekten av artiklene hadde benyttet kvantitativ metode. Vi valgte derfor å inkludere seks kvalitative og åtte kvantitative artikler. Å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler i vår oppgave ser vi på som en styrke fordi funnene i de kvantitative vil kunne underbygge de kvalitative funnene.

Jo nyere forskning resultatene baseres på, desto sikrere kan vi være på at de i dag gir oss et riktig bilde på problematikken. Kun fire av de inkluderte artiklene er fra fem til ti år gamle,

de andre ti er av nyere dato. Vi tror ikke at erfaringen av å leve med stomi har endret seg radikalt de siste ti årene og anser derfor ikke at det er en svakhet at fire av artiklene er eldre enn fem år. Dette mener vi også blir bekreftet ved at funnene fra de eldste og de nyeste artiklene samsvarer med hverandre.

De inkluderte artiklene er fra England, Canada, Tyrkia, Japan, Kina, Australia, Sverige og USA. At funnene er fra så mange ulike land og ulike kulturer ser vi på som en styrke fordi det ga oss en mulighet til å se om det var store variasjoner i pasienterfaringene. I artiklene ble det bekreftet at pasientene stort sett deler felles erfaringer angående det å leve med stomi.

Vi var usikre på om stomiårsak, tid siden stomianleggelse samt om stomien var permanent eller midlertidig var faktorer som hadde noe å si for erfaringen av å leve med stomi. Vi valgte derfor å være åpne angående disse faktorene for ikke å utelukke relevante artikler, samt belyse hvilken eventuell innvirkning dette hadde på pasientenes erfaringer. Dette ser vi på som en styrke da det i funnene viste seg at blant annet stomiårsak kunne ha en innvirkende rolle på pasientenes tilpasning.

Tidlig i vår søkeprosess gjorde vi et valg om kun å innhente artikler som var tilgjengelig i full tekst. Det er mulig dette er en svakhet for oppgaven og at det kan ha ført til at vi har gått glipp av relevante artikler. Vi mener likevel at våre artiklers samsvarende funn sammen med antallet artikler styrker vår oppgaves troverdighet.

Artiklene ble delt mellom oss og i kvalitetsbedømmingen benyttet vi ”Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning” og ”Sjekkliste for vurdering av prevalensstudie” fra Nordtvedt et al. (2007) (vedlegg 3 og 4). Siden disse var kjent fra tidligere undervisning, skrevet på norsk og hadde tilhørende forklaring valgte vi å benytte disse. Vi anså også disse sjekklistene som gode fordi de ga oss et helhetlig bilde, noe som man muligens ikke oppnår ved å benytte seg av avkrysningsskjemaer. En svakhet med at vi ikke vurderte alle artiklene sammen kan være at det åpnet for personlige tolkninger, men der vi var usikre konfererte vi med hverandre og kom frem til enighet. Selve kvalitetsbedømmingen utførte vi sammen, og av de inkluderte artiklene vurderte vi tolv til høy kvalitet og to til middels kvalitet. Dette danner et godt grunnlag for vårt resultat, men på grunn av manglende erfaring innen kvalitetsbedømming er vi åpne for at feile vurderinger kan ha blitt gjort. Vi

vurderte om etisk hensyn var ivarettatt i artiklene og i de fleste kom dette tydelig frem, men i tre av artiklene var dette mangelfullt beskrevet. Fordi kvaliteten på disse artiklene ellers var av høy kvalitet, valgte vi likevel å inkludere dem.

En mulig svakhet i arbeidet med å analysere artiklene kan være at de alle var skrevet på engelsk og dermed krevde norsk oversettelse. Vi anså ikke oversettelsen som problematisk, men er bevisste på muligheten for feilaktig oversettelse og dermed feiltolkninger. Vårt fargekodingssystem mener vi gjorde arbeidet med å markere og identifisere funnene lettere. Dette sikret at de identifiserte funnene ble plassert under sine tema, men faren er likevel at diffuse funn kan ha blitt oversett.

Det å være to om å skrive en slik oppgave innebærer utfordringer, men det har også vært en klar styrke. Noe av det vi ser på som en styrke var at vi kunne fordele noe av arbeidet mellom oss, men for å sikre at oppgaven ikke skulle ha et individuelt preg jobbet vi likevel i perioder tett sammen. Det har også vært en styrke i vårt samarbeid at vi med våre ulikheter har utfyllt hverandre.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Pasienters erfaring med endret kroppsoppfatning

Kroppsoppfatningen og opplevelser etter en stomioperasjon må ses i sammenheng med den enkeltes kroppsbilde (Christensen 2001). I følge Hummelvoll (2008) inkluderer kroppsoppfatningen aktuelle og tidligere oppfatninger, følelser som den enkelte har i forhold til kroppens funksjoner og de muligheter til ytelse den gir.

Ett par av deltakerne i Sinclair (2009) påsto at de hadde blandede følelser angående det å miste en kroppsdel og for noen var dette forbundet med hat og sinne. Når et menneske blir berørt av tap av en lemsdel, eller at kroppen ikke fungerer som den skal, kan selvbildet slå sprekker. Å tilpasse seg og akseptere dette, er en tidkrevende prosess (Hummelvoll 2008). Det å reagere med hat og sinne mener vi ikke er en unormal reaksjon, men etter en tid vil det være naturlig å tro at denne reaksjonen vil avta. Det er derfor overraskende å lese i Sinclair (2009) sin studie at det er den som har lengst erfaring med å

leve med stomi, som opplever dette sterkest. I studien ble det beskrevet at hennes hat begynte allerede den første dagen etter operasjonen, og vi tror det er mulig dette blant annet kan komme av at det tidligere ikke ble lagt så stor vekt på å gi pasientene god pre- og postoperativ informasjon. Mangel på informasjon kan i følge Reitan (2006) gi utrygghet og usikkerhet. En undersøkelse det blir henvist til i den samme boken, viser at pasientene opplever at de selv må spørre helsepersonell om informasjon. De som ikke spør får lite informasjon og de ressurssterke pasientene får mest. Selv om pasientene i dag får god informasjon er det viktig at vi som sykepleiere har kjennskap til disse eventuelle reaksjonene, og at selv om det har gått lang tid siden operasjonen kan disse følelsene fortsatt være tilstede. Ved at vi som sykepleiere gir pasientene støtte og undervisning mener vi det kan bidra til å hindre eller dempe noen av disse reaksjonene.

I en studie gjort blant 50 kvinner rapporterte noen av deltakerne om følelser som, å føle seg vansiret, mindre feminin og mindre kvinnelig (Notter og Burnard 2005). En av deltakerne sa at magen hennes så fryktelig ut og at hun ikke kunne skjønne at hun noen sinne ville ha mot til å ligge på en strand igjen. Dette støttes også av Honkala og Berterö (2009) som sier at fordi kvinnenens utseende er forandret og at de muligens sammenligner seg med "friske" kvinner, gjør at deres selvoppfatning som kvinne blir rammet. De kan derfor komme i situasjoner der de prøver unngå at kroppen deres blir eksponert. Et idealbilde blir skapt gjennom identifikasjon med andres kroppsideal, og kommer til uttrykk i samfunnet gjennom media og sosialt samvær (Hummelvoll 2008). Dette blir og trukket frem i Notter og Burnard (2005) sin studie der artikkelforfatterne sier at den enorme tilgangen på ulike media vi har i dag og den kroppsfixeringen vi utsettes for helt fra svært ung alder, vil kunne bidra til å øke presset og ønsket om den "perfekte" umerkede kroppen.

Det er viktig å være klar over at en slik operasjon kan ha negativ virkning på pasientens kroppsoppfatning og selvilde (Almås og Bruce 1992). Som sykepleiere mener vi at vi med våre handlinger og vår måte å møte pasientens reaksjoner på, kan minske denne belastningen. Våre handlinger og hvordan vi møter pasientene kan komme til uttrykk gjennom å gi ansvarlig sykepleie, åpenhet og vennlighet. Vi kan også hjelpe pasientene med lettere å akseptere stomien ved å sette dem i kontakt med pasienter som selv mener de har hatt en vellykket tilpasning, og på denne måten gi pasienten tro på seg selv.

En av kvinnene i Notter og Burnard (2005) sin studie uttalte at hun ikke lengre følte seg ren. Dette blir også støttet i litteraturen der Honkala og Berterö (2009) sier at omgivelsene forventer at kvinner skal være rene og attraktive. Å ikke kunne kontrollere kroppen sin kan føles nedverdiggende og for mange som et tap av en voksen identitet. Tabuholdninger i samfunnet til kroppens avfallsprodukter forsterker denne følelsen (Aae 2001). For noen av deltakerne gikk problemet enda dypere. De uttalte at siden de nå ikke hadde kontroll over avføring og lukt, følte de seg redusert til dyr (Notter og Burnard 2005). Disse sterke følelsene som blir beskrevet her kan vi ikke finne igjen i litteraturen, men som det står skrevet i Almås og Bruce (1992) må vi alltid ta hensyn til pasientenes følelser. Det er mulig at tabuholdninger i samfunnet knyttet til negative erfaringer fra andre mennesker med stomi, samt ubehagelige opplevelser fra tiden på sykehuset angående avføring og lukt kan være innvirkende faktorer til disse følelsene. Som sykepleiere er det viktig at vi helst i god tid før operasjonen er med på å bryte ned disse faktorene, og at den informasjonen som blir gitt pasientene og pårørende er sakelig og ærlig.

Almås og Bruce (1992) sier at en stomioperasjon har negativ virkning på pasientens kroppssoppfatning og selvbilde. At en slik operasjon ga betydelig endring i pasientenes eget kroppsbilde ble også beskrevet i flere av studiene (Notter og Burnard 2005, Persson og Hellstrøm 2002, Richbourg, Thorpe og Rapp 2007). Manderson (2005) trekker også frem de negative aspektene med en operasjon og beskriver at for noen kunne dette virke hemmende på deres evne til å leve et godt liv, men som en kontrast til dette beskriver han også at det for andre kan virke frigjørende. At stomien stort sett kun har negativ og hemmende effekt på pasientenes kroppssoppfatning mener vi muligens kan tolkes som et naturlig resultat når vi ser på de ulike artiklene vi har benyttet. Der blir de negative aspektene trukket frem, og rekken med problemer er lang. At en slik operasjon også for noen kan virke frigjørende, velger vi å se i lys av de problemene og utfordringene en del av disse pasientene har levd med på grunn av foreliggende sykdom.

I tillegg til de praktiske forandringene stomien fører med seg, griper også operasjonen inn i pasientens opplevelse av seg selv (Almås og Bruce 1992). I Sinclair (2009), Persson og Hellstrøm (2002) sine studier ble det gitt uttrykk for at det å våkne opp og se stomien for første gang, var for noen forbundet med sjokk. Christensen (2001) sier at å konfronteres med stomien krever mye mot. Vi antar at denne opprivende opplevelsen muligens kunne blitt noe redusert og at pasienten hadde følt seg bedre forberedt hvis han hadde fått

tilstrekkelig preoperativ informasjon. Informasjonen kan gis muntlig og skriftlig, men vi skal være klar over at skriftlig informasjon kan i følge ny forskning som det henvises til i Indrebø (2008) i noen tilfeller gi pasienten angst. Det er derfor viktig at pasienten i tillegg til det skriftlige, også får individuell informasjon og at vi forsikrer oss at han har forstått innholdet. Informasjon kan også gis gjennom plansjer som viser anatomien og med bilder knyttet hovedpunktene (Indrebø 2008). Angående hvor detaljert og billedlig slik informasjon skal være bør tilpasses hver enkelt pasient. Det er ikke sikkert at bilder av innsiden av en tarm og at informasjon om at en liten del av stomien vil se slik ut er spesielt informativt, men for noen kanskje heller skape angst.

5.2.2 Pasienters erfaring med stomiens påvirkning på eliminasjon, hud og klesstil

Usikkerhet og frykt i forbindelse med lukt, lyd, gass og lekkasje

Våre funn viste at usikkerhet og frykt for lekkasje, lyd, lukt og gass erfares som de mest negative aspektene i livet med stomi, aspekter som erfares på tross av kultur og landegrenser (Carlson, Berglund og Nordgren 2001, Karadag et al. 2003, Manderson 2005). Flere stomipasienter føler skam når lyd, gass og lukt slippes ukontrollert ut av stomiposen (McMullen et al. 2008). Hovedårsakene til at stomipasienter føler skam kan være at vi i løpet av våre første tre-fire leveår utvikler regulering og kontroll over eliminasjonen (Vinsnes og Gjerland 1996). Det blir fra da forventet at en skal kunne kontrollere utslipp av tarmgass og avføring. Omgivelsene stiller krav om at man skal holde seg renslig, og at en skal holde uønskede lyder og lukter for seg selv (Aae 2001). En annen årsak til at ukontrollerte utslipp erfares som svært negativt tror vi kan skyldes at det i stor grad kan påvirke andre aspekter som seksualitet og sosial aktivitet, noe som kom tydelig frem i vår litteraturstudie.

Det viste seg at selv etter å ha levd med stomi i 30 år erfarte pasienter ukontrollerte utslipp som store utfordringer (Berndtsson, Lindholm og Ekman 2005). I Aae (2001) fremgår det at de fleste stomipasienter beskriver ukontrollerte lyder og tanken på å forårsake skjemmende lukt som noe av det mest plagsomme i livet med stomi. At frykt for ukontrollerte utslipp viste seg å være et erfart problem kom dermed ikke som en

overraskelse, siden mye av litteraturen tar for seg disse problemstillingene. Vi ble imidlertid overrasket over det store antallet som erfarte ukontrollerte utslipp som problem. På bakgrunn av det store antallet og at det selv etter 30 år viser seg å være et problem, mener vi dette er aspekter som det i stor grad bør fokuseres på innen forskning. Sykepleiere bør forberede pasienten på at han mest sannsynlig vil oppleve usikkerhet overfor ukontrollerte utslipp, og informere han om forebyggende tiltak og stomiutstyr.

Vanskelig å holde huden rundt stomien intakt

Resultatet av vår studie viste at hudproblem ble erfart som utfordring i livet med stomi (Karadag et al. 2003, Krouse et al. 2007, Manderson 2005, McMullen et al. 2008, Persson og Hellstrøm 2002, Richbourg, Thorpe og Rapp 2007, Sinclair 2009). Dette funnet støttes i Indrebø (2008) som sier at sår hud er noe at det stomipasienter er mest redde for siden det forringer livskvaliteten. Lekkasje av avføring kan i følge Aae (2001) være en av årsakene til sår hud rundt stomien. Dette funnet kan dermed sees i sammenheng med at lekkasje erfares som et stort problem. Siden huden rundt stomien er sårbar for påkjenninger er det viktig at pasienten er påpasselig med riktig stomistell, og sykepleiere bør veilede i korrekt hudpleie. I en amerikansk studie kom det frem at seks av syv deltakere sa at de måtte bruke ekstra tid på hudpleie (Sinclair 2009). Det er dermed viktig at sykepleiere forbereder pasienten på at han kommer til å måtte bruke ekstra tid på nettopp dette.

Å måtte endre klesstil

I Aae (2001) fremgår det at noen har behov for å endre garderoben, men etter gjennomgang av artiklene så vi at det i snitt er hele 50 % som endrer klesstil for å forhindre at stomiposen blir synlig utenpå klærne (Karadag et al. 2003, Krouse et al. 2007, McMullen et al. 2008). Dette kan både tyde på at litteraturen ikke er oppdatert og at endring av motebildet kan føre til at flere føler det nødvendig å endre klesstil.

I forbindelse med stilendringen uttrykte noen deltakere nød og sinne (Sinclair 2009). Årsakene til disse følelsene tror vi kan skyldes at motebildet i vårt samfunn har stor påvirkningskraft på hvilke klær vi velger bruke. Hva vi kler oss i henger sammen med vår identitet, å måtte endre klesstil kan dermed være en stor utfordring for mange. Hvorfor 50 % velger å endre klesstil kan være avhengig av hvor i livsstadiet en befinner seg når en

anlegger stomi. Motebildet for unge voksne har lenge vært preget av lave bukselinninger og tettstående klær. Dette er kleskombinasjoner som vanskelig lar seg forene med ønsket om å skjule en stomipose. Hos den eldre generasjon er det mer vanlig å bruke vide og løsere klær, og endring av klesstil trenger derfor ikke å være nødvendig. Siden vi har inkludert artikler der deltakernes alder har variert er dette noe vi tar høyde for i vårt resultat.

Ved elektiv stomianleggelse har ofte sykepleiere et delegert ansvar for å avgjøre hvor stomien skal plasseres. Siden vi vet at vår klesstil henger sammen med vår identitet mener vi det bør tas hensyn til dette ved stomimarkering. Dette støttes også i Aae (2001) som sier at det ved stomimarkering kreves at en bør lytte til pasientens ønsker.

5.2.3 Pasienters erfaring med stomiens påvirkning på seksuelle relasjoner

Seksualitet er en integrert del av menneskets identitet og personlighet, og er derfor et aspekt ved mellommenneskelige relasjoner (Laursen 2007). Siden det er kjent at anleggelse av stomi er forbundet med mye usikkerhet (Aae 2001) og at selvbildet kan slå alvorlige sprekker (Hummelvoll 2008) er det naturlig at stomien kan påvirke seksuelle relasjoner.

Etter gjennomgang av artiklene fikk vi bekreftet at seksualitet og intimitet for mange blir erfart som store utfordringer i livet med stomi (McMullen et al. 2008), og i Krouse et al. (2007) sin studie ble intimitet presentert som det mest alvorlige sosiale problemet hos pasienter med kolostomi. Disse funnene støttes i Indrebø (2008) som mener årsakene kan være av både psykisk og fysisk art, og trekker frem samfunnets dyrking av en velfungerende perfekt kropp som påvirkende faktor. Vi ser samtidig en sammenheng mellom seksuelle problemer og frykten for ukontrollerte utslipp av tarmgass og avføring. I flere studier kom det frem at seksuelle problem ofte skyldes redsel for at noe pinlig skal oppstå under samleie, som for eksempel lukt, lekkasje og lyder (Berndtsson, Lindholm og Ekman 2005, Krouse et al. 2007, Manderson 2005). Dette underbygger vår oppfatning av at de ulike aspektene i livet med stomi påvirker hverandre. Vi anbefaler derfor at det

forskes mer på disse problemene siden det viser seg at de i stor grad kan påvirke det seksuelle aspektet.

Selv om det hovedsakelig blir erfart at stomi har negativ påvirkning på seksuelle relasjoner, så vi at den for noen har en positiv effekt grunnet foreliggende sykdom. I Sinclair (2009) sin studie ga en av syv deltakere uttrykk for at stomien hadde hatt en positiv effekt siden den hadde kurert foreliggende sykdom. I Hummelsund (2006) hadde stomianleggelsen vært et vendepunkt i en deltakers liv på grunn av tidligere tilstand. Han fikk kjæreste innen en måned etter anleggelsen. Disse kontrastene er av betydning da de kan være en påminnelse på at det er individuelt hvilke problemer stomipasienter erfarer. Det er viktig at sykepleiere har kjennskap til dette når de skal forberede stomipasienter om deres nye situasjon.

Våre funn tyder på at sivilstatus kan påvirke opplevelsen av seksuelle problem. Å være singel ble erfart som en utfordring, og hos flere stomipasienter kunne det gå år før en oppsøkte seksuell og intim kontakt (Manderson 2005, Sinclair 2009). Vi hadde en forforståelse på at det å være i et fast forhold ville være positivt og betryggende, men det viste seg imidlertid at også i ekteskap kunne stomien føre til seksuelle problem. Dette funnet støttes i Aae (2001) som sier at også de som lever i et fast forhold kan oppleve usikkerhet og frykt for å ikke takle den nye situasjonen. En årsak til at ekteskapet settes på prøve etter stomianleggelse kan være at den ene parten ikke lenger klarer å ivareta sin egenomsorg. Når den "friske" tar rollen som omsorgsperson kan det være vanskelig å fortsette å ha rollen som seksualpartner (Indrebø 2008). Støtt av stomi krever nærhet til områder av kroppen som det ikke er vanlig en hjelper hverandre med. På bakgrunn av dette mener vi sykepleiere bør oppfordre pasienten til å reflektere over hvorvidt partneren skal delta under stomistell eller ikke. Et av målene med sykepleierens veiledning og undervisning er at pasienten skal bli mest mulig selvhjulpen i stellet. I tilfeller der pasienten likevel har behov for hjelp, mener vi sykepleiere bør diskutere konsekvensene med begge parter og det bør vurderes om hjemmesykepleie skal kontaktes.

5.2.4 Pasienters erfaring med stomiens påvirkning på det sosiale livet

Våre funn viser at anleggelse av stomi fører til at mange blir usikre på hvem de skal fortelle om stomien og hvordan folk kommer til å reagere (Persson og Hellstrøm 2002). I en studie fra Canada kom det frem at folk generelt reagerte negativt på stomien (Sinclair 2009), mens deltakerne i en svensk studie opplevde positiv støtte (Carlson, Berglund og Nordgren 2001).

Vi er oppmerksomme på at ulike funn kan skyldes kulturforskjeller, men siden kulturene i Canada og Sverige ikke blir sett på som svært ulike, er dette lite trolig årsaken i dette tilfellet. En årsak tror vi kan være ulikheter i befolkningenes kunnskap om stomi, uten å ha funnet forskning som bekrefter dette. Hvor usikker pasienten er på hvem han skal fortelle om stomien kan avhenge av hans selvtilitt. Aae (2001) sier at hvordan pasientene kommer til å håndtere den nye situasjonen avhenger av tidligere erfaringer, selvbilde og deres kroppssoppfatning. At hele 25 % i en undersøkelse hadde så lav selvtilitt at de ikke turte å fortelle andre om stomien synes vi dermed er et viktig funn (Karadag et al. 2003). Det er viktig å påpeke at dette er en studie fra Tyrkia, som har en svært ulik kultur i forhold til Norge.

Det er viktig at sykepleiere er kjent med disse pasienterfaringene når de i stor grad påvirker pasientens tilpasning til livet med stomi. Ved elektiv innleggelse har sykepleiere mulighet til å kartlegge pasientens selvtilitt samt starte en prosess der pasienten må ta stilling til hvem han skal informere om stomien. Vi tror at dersom denne prosessen starter i god tid før operasjonen vil pasienten postoperativt føle seg tryggere på avgjørelsen. Siden forskning viser at folk reagerer forskjellig når de blir informert om en bekjents stomi, bør vi forberede pasienten på at han trolig vil møte ulike reaksjoner. Vi bør også forberede han på samfunnets tabuholdning til stomi. Denne forberedelsen kan muligens føre til at han vil føle seg bedre rustet i hverdagen. Siden mye av teorien understreker nettverkets betydning når det gjelder støtte, kan sykepleiere anbefale pasienten å dele situasjonen med de nærmeste, men vi må alltid respektere pasientens valg.

Det kommer tydelig frem av vår litteraturstudie at pasienter blir usikre på hvordan de etter stomianleggelsen skal håndtere sosiale aktiviteter, og mange slutter med aktiviteter de tidligere har hatt glede av (Carlson, Berglund og Nordgren 2001, Manderson 2005,

McMullen et al. 2008, Persson og Hellstrøm 2002, Richbourg, Thorpe og Rapp 2007, Sinclair 2009). I følge Aae (2001) kan årsakene til denne usikkerheten være endret kroppsbilde, nedsatt selvtillitt og redsel for lekkasje/lukt. Vi mener samfunnets tabuholdninger og forventninger om renslighet også kan være påvirkende faktorer, og det er dermed tydelig at årsakene er sammensatte. Dersom pasienten er plaget med lekkasjer kan dette påvirke gleden av sosiale aktiviteter. De ulike aspektenes påvirkning på hverandre understreker dermed betydningen av at sykepleiere har kunnskap om de ulike aspektene og erfaringene i livet med stomi. Ved å kartlegge pasientenes interesser og likte aktiviteter, har vi mulighet til å trygge de på å fortsette med disse, samt forberede de på aktuelle problemstillinger. Dette er et tema som er lite omhandlet i teorien, og vi anbefaler videre forskning.

Når det gjelder pasientenes forhold til arbeidsplassen, viste det seg i vår studie at flere er bekymret for å returnere tilbake til arbeid (Persson og Hellstrøm 2002). I en studie fra USA svarte likevel hele 95,7 % av stomipasientene at de anså stabil jobb som viktig for å være tilfreds med livet (Nichols og Riemer 2008). Dette funnet mener vi er viktig for sykepleiere som er i kontakt med pasienter som har anlagt stomi. Stomianleggelsen kan for mange oppleves som en stor forandring i hverdagen, og på grunn av sammensatte årsaker erfarer mange usikkerhet og bekymring for å returnere tilbake til arbeidsplassen. Dersom sykepleiere er kjente med betydningen av stabil jobb, har de en bakgrunn for å kunne anbefale og berolige pasienten til å returnere tilbake til arbeid.

I en studie fra USA kom det frem at deltakerne som returnerte tilbake til arbeid var usikre på hvordan arbeidsgiveren ville reagere på stomien, men de opplevde stor forståelse (Sinclair 2009). Årsakene til at arbeidsgiverne ble opplevd som svært forståelsesfulle, kan tyde på at de har blitt inkludert i arbeidstakerens situasjon. Det å øke arbeidsgiverens kunnskap om stomi tror vi kan bidra til økt forståelse. Dersom pasienten godkjenner det, kan sykepleiere kontakte Norilco som kan samarbeide med arbeidsplassen. Flere arbeidsplasser er også tilknyttet bedriftshelsetjeneste som både kan bidra til økt kunnskap hos arbeidsgiver og tilrettelegge arbeidsdagen.

5.2.5 Pasienters erfaring med å tilpasse seg livet med stomi

”Livet er mestring i den forstand at vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer oss nye ferdigheter” (Reitan 2006, 157).

Funnene våre viser at selv om pasientene har hatt stomien i mange år, og man skulle tro at de hadde tilpasset seg situasjonen, kan likevel det motsatte være tilfelle. I en av studiene uttalte halvparten av deltakerne at de selv etter 20 år, ikke har akseptert stomien (Carlsson, Berglund og Nordgren 2001). Som en kontrast til dette hevdet flere av deltakerne i Berndtsson, Lindholm og Ekman (2005) sin studie at de etter 30 år med stomien, ikke lengre hadde behov for kontakt med helsevesenet, og at de derfor ikke lengre anså seg selv som pasienter. Vi tror at noen mennesker alltid vil tilpasse seg nye situasjoner hurtigere enn andre. En av årsakene til disse ytterpunktene som viste seg i vårt resultat kan derfor komme av, som Kristoffersen (1996) sier, pasientens evne til å bearbeide erfaringer. Reitan (2006) hevder at det grovt sett er to måter å reagere på: En kan enten se situasjonen i øynene eller en kan forsøke å fortrenge ubehaget eller skyve det unna ved hjelp av forskjellige forsvarsmekanismer. For at vi som sykepleiere skal kunne lette pasientens tilpasning til et liv med stomi, må vi alltid behandle pasienten ut i fra prinsippet, at et hvert menneske er unikt. Det er derfor viktig å se på hvilke ressurser og forutsetninger den enkelte har for å kunne mestre den nye situasjonen, eller for å komme seg ut av den eventuelt fastlåste situasjonen han er i. Dette kan vi gjøre ved å snakke med pasienten om hvilke eventuelle tidligere erfaringer han har fra å mestre vanskelige situasjoner, og om han da mener dette var gode eller dårlige erfaringer. Ved å gi han håp om bedring, kan vi også gi han støtte i at tilpasning kan oppnås. Er hans hverdag preget av problemer med for eksempel lukt, lekkasje, sår hud og lignende må vi først hjelpe han med disse utfordringene, for i noen tilfeller er kanskje disse konkrete problemene så overskyggende at de alene er med på å hindre hans tilpasning.

Tre av deltakerne i Carlson, Berglund og Nordgren (2001) sin studie ønsket seg ikke tilbake til livet før stomioperasjonen, dette begrunnet de ut i fra sine erfaringer med avføring så hyppig som opp til 20-30 ganger daglig. Dette ser vi også i Manderson (2005) sin studie, der pasientene utalte at livet nå var mye bedre og at de ikke hadde angret på operasjonen. Reitan (2006) sier at forandringer kan være ønskede eller uønskede. Og at ved ønskede forandringer er situasjonen for det meste preget av kontroll. Når en pasient

har vært plaget med for eksempel en betennelsessykdom som Chrons og hatt avføringer så ofte som opp mot 25 ganger i døgnet (Hummelsund 2006), antar vi at operasjonen for mange kan føles som en lettelse. Dette fordi dagene kan bli mer preget av forutsigbarhet og kontroll. Ved denne typen sykdom er operasjonen oftest elektiv. Dette kan gi pasienten tid til å forberede seg mentalt, få et realistisk bilde av hva han kan forvente seg av livet med stomi og ikke minst gir en elektiv stomianleggelse tid til å få en så korrekt og hensiktsmessig stomiplassering som mulig. Dette vil kunne gi gode forutsetninger for å unngå en del av de problemene mange av stomipasientene sliter med, og derfor økt sjanse for lettere tilpasning.

I en studie foretatt blant stomipasienter med og uten kreftdiagnose, konkluderte de med at pasienter med kreftdiagnose hadde mindre vanskeligheter med å tilpasse seg stomien, enn de som hadde fått stomien av andre årsaker (McMullen et al. 2008). Disse konkrete påstandene kan vi ikke se blir støttet i litteraturen, og vi kan derfor kun spekulere i om det kan begrunnes ut fra diagnosens alvorlighet og hva den enkelte forbinder med diagnosen kreft.

I følge Indrebø (2008) ble 3 482 mennesker i Norge diagnostisert med kreft i tykktarm og endetarm i år 2004. Vi tror at tanken på at man har fått kreft gjør oss opprørt og mange mennesker forbinder dette med at det fører til død. Når en pasient blir stilt ovenfor en så alvorlig diagnose mener vi det er naturlig å se operasjonen som en livredning. Dette ser vi også i Honkala og Berterö (2009) der kvinnene som hadde hatt en kreftdiagnose uttalte at de så operasjonen som en redning fra døden og at de hadde fått livet i gave.

5.2.6 Pasienters erfaring med sykepleierens støtte

Sykepleieren ble ansett å ha en nøkkelrolle i å hjelpe og oppmuntre pasientene med å tilpasse seg sin nye situasjon (Notter og Burnard 2005). Som sykepleier har man blant annet ansvar for preoperative forberedelser, postoperative observasjoner samt informasjon og veiledning med tanke på tiden fremover. Preoperativt er pasientene ofte engstelige og opplever situasjonen som fysisk og psykisk stressende (Indrebø 2008). Vi tror derfor det er viktig at vi som sykepleiere allerede i den preoperative tiden gir pasienten god individuell informasjon. Pasienten må bli informert om det som skal skje, hvordan han selv kan bidra

til å hindre komplikasjoner og hva han kan vente seg i tiden etter operasjonen. Vi må også være klar over at fordi den psykiske tilnærmingen til et liv med stomi er en langvarig prosess, må pasientene ikke bare få støtte under sykehusoppholdet, men også etter utskrivning (Indrebø 2008). I følge Hummelsund (2006) vil tilbudene om undervisning og samtale med en stomisykepleier variere fra sykehus til sykehus, men de fleste opererte følges opp gjennom kontroller etter 1, 3, 6 og 12 måneder. De kan i tillegg henvises eller ta direkte kontakt med en poliklinikk om de har problemer med sår, lekkasjer eller andre ting uavhengig av hvor lenge de har hatt stomien.

Stomisykepleierne ble i McMullen et al. (2008) nevnt spesielt som viktige problemløsere. At pasientene blir kontaktet og fulgt opp av en stomisykepleier tror vi er viktig fordi en sykepleier som har videreutdanning innen pleie til pasienter med stomi, har en dypere innsikt og kunnskap om det spesielle som denne pasientgruppen kan slite med. Dette blir og støttet i en artikkel der det ble presentert at stomipasienter som hadde tilgang til stomisykepleier, var ti uker etter stomianleggelsen mindre engstelige og deprimerte enn de som ikke hadde denne tilgangen (Brown og Randle 2004). Vi tror også at om pasientene får kontakt med en stomisykepleier når de selv føler de trenger det, kan ha positiv innvirkning på pasientens tilpasning til livet med stomi.

Siden noen av deltakerne i Carlson, Berglund og Nordgren (2001) sin studie følte frustrasjon over mangelfull skriftlig informasjon, søkte de istedenfor etter dette hos ressurser utenfor helsevesenet. Eksempler på dette var produktleverandører, på internett og i chatterom. Dette blir og beskrevet av en av informantene i Hummelsund (2006) sin masteroppgave. Det virtuelle rommet på internett ble stedet der han fant felleskap, hvor kunnskap og erfaringer kunne utveksles og diskuteres. Videre sier han at spørsmål og svar ikke ble direkte knyttet til ham som person, men til et brukernavn. Selv om det selvfølgelig er beklagelig at ikke pasientene følte de hadde fått tilstrekkelig skriftlig informasjon, kan det likevel være positivt at de da kan finne denne informasjonen ved å oppsøke andre instanser. Om alle disse gruppene bare er udelt positive tilskudd kan likevel diskuteres. En produktleverandør vil fordi han lever av å selge, trekke frem sine produkter, men disse er kanskje ikke de rette for "vår" pasient. Vi kan alle legge ut hva vi vil på internett og i chatterom, og dersom denne informasjonen ikke er korrekt, kan den villede kunnskapssøkende pasienter. Sykepleiere bør derfor eventuelt formidle pasienten kunnskap om hvor han kan søke seriøse aktører.

Majoriteten av deltakerne i Carlson, Berglund og Nordgren (2001) sin studie sa at de hadde stort utbytte av å være medlemmer i en støttegruppe. Som en kontrast til dette valgte de fleste deltakerne i Richbourg, Thorpe og Rapp (2007) sin studie å ikke søke hjelp eller delta i støttegrupper, og hele 20 % av dem som opplevde vanskeligheter etter hjemkomst søkte ikke hjelp av noen. Årsaker til dette kan vi ikke finne beskrevet i litteraturen og hvorfor denne store variasjonen viser seg er også vanskelig å finne forklaring på ut i fra artiklene. Siden den ene studien er gjort blant stomipasienter i Sverige, mens den andre er utført i USA, kan det muligens komme av nasjonale forskjeller i det enkelte lands tilbud av støttegrupper og deres innhold. I Norge har vi i tillegg til støttegrupper som går spesifikt på sykdommen bak stomien, også Norilco som er foreningen for stomi- og reservoaropererte. De kan i følge Indrebø (2008) i tillegg til å bidra med forskjellig informasjonsmateriell også tilby samtale. Hvorfor hele 20 % av deltakerne som opplevde problemer ikke oppsøkte hjelp, kan muligens komme av forhold som mangelfull informasjon fra helsepersonell. Videre kan noen kanskje grue seg for å ta kontakt fordi de opplever det som flaut. Noen kan distansere seg fra sykdommen og det å være medlem av en slik gruppe vil da muligens være det samme som å vedkjenne seg sykdommen. Ulike land kan ha ulik kultur for det å søke hjelp fra andre, deres kultur tilsier kanskje at problemer skal ordnes opp i av en selv eller holdes innen familien. Hvorfor de ikke søkte hjelp kommer ikke frem i artikkelen så årsakene til dette blir kun spekulasjoner, men er absolutt noe som kunne være forsket på.

6.0 Konklusjon

Ved gjennomgang av tilgjengelig faglitteratur fikk vi inntrykk av at det finnes lite teori angående pasienters erfaringer. Litteraturstudien viste imidlertid at mange erfarte det å våkne opp med stomi etter operasjon som et stort sjokk. Stomianleggelse ga betydelig endring i mange av pasientenes egen kroppssoppfatning, men samtidig så vi at den for noen også kunne virke frigjørende. Videre erfarte flere av pasientene frykt for ukontrollerte utslipp av tarmgass og avføring, og dette ble beskrevet som det mest negative aspektet i livet med stomi. For de fleste resulterte stomianleggelsen til at seksualitet og intimitet ble store utfordringer, men på grunn av foreliggende sykdom førte den for enkelte til bedret situasjon. Stomien påvirket hverdagen for mange, og førte blant annet til at flere ble usikre på hvordan de skulle håndtere sosiale aktiviteter. Det var store variasjoner i hvordan pasientene tilpasset seg livet med stomi, og sykepleieren ble ansett å ha en nøkkelrolle i å hjelpe og oppmuntre pasientene til denne tilpasningen.

For at sykepleiere skal kunne bidra til å lette pasienters tilpasning til et liv med stomi, er det viktig med god preoperativ samtale der vi forbereder pasientene på aktuelle problemstillinger. Den bør om mulig gjennomføres i god tid før operasjonen, fordi tidlig informasjon kan gi større forutsigbarhet og kontroll. Sykepleiere har en viktig rolle i å se enkeltindividets behov slik at de kan gi støtte, håp og individuelt tilpasset veiledning. Videre er det viktig at sykepleiere, om ønskelig, hjelper pasienten i å komme i kontakt med egnede støttegrupper og ikke minst hjemmesykepleie.

Vi ble positivt overrasket over å finne så mye aktuell forskning omkring temaet stomi. Siden ukontrollerte utslipp av tarmgass og avføring hadde stor inngripen i flere av de andre aspekter, er dette noe vi anbefaler at det forskes videre på. Vi ser også behov for forskning på hvorfor mange pasienter med stomi velger å ikke søke hjelp.

Litteraturliste

- Almås, Hallbjørg og Mariann Bruce. 1992. Sykepleie til pasienter med stomi. I *Klinisk sykepleie*, red. Almås, Hallbjørg, 525-544. Oslo: Universitetsforlaget
- Berndtsson, Ina, Elisabet Lindholm og Inger Ekman. 2005. Thirty years of experience living with a continent ileostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses* 32(5): 321-326
- Berndtsson, Ina, Elisabet Lindholm, Tom Öresland og Leif Hultén. 2004. Health-related quality of life and pouch function in continent ileostomy patients: A 30-years perspective. *Diseases of the Colon & Rectum* 47(12): 2131-2137
- Brown, Hannah og Jacqueline Randle. 2004. Living with a stoma; a review of the litteratur. *Journal of Clinical Nursing* 14: 74-81
- Carlsson, Eva, Barbro Berglund og Svante Nordgren. 2001. Living with an ostomy and short bowel syndrom: practical aspects and impact on daily life. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses* 28(2): 96-105
- Christensen, Anette. 2001. Sykepleie til pasienter med stomi. I *Sykepleie-praksis og utvikling Bind 2*, red. Gjengedal, Eva og Rita Jakobsen, 674-692. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Forsberg, Christina og Yvonne Wengstrøm. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur og Kultur
- Honkala, Siv og Carina Berterö. 2009. Living with an ostomy: Women´s long term experiences. *Vård i Norden* 29(2):19-22
- Hummelsund, Eirin B. 2006. *Å leve med stomi: Erfaringer fra hverdagen*. Oslo: Universitetet i Oslo. Masteroppgave Helsefag
- Hummelvoll, Jan Kåre. 2008. *Helt ikke stykkevis og delt*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Indrebø, Kirsten Lerum. 2008. Sykepleie til pasienter med stomi. I *Sykepleieboken 3*, red. Unni Knutstad, 327-359 Oslo: Akribes AS
- Ito, Naomi, Makoto Tanaka og Keiko Kazuma. 2005. Health-related quality of life among persons living in Japan with a permanent colostomy. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nurses* 32(3): 178-183

- Jacobsen, Dag, Sverre E. Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Kristin Lund og Kaare Solheim. 2001. *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Karadag, Ayise, Bülent Menten, Aytug Üner, Oktay Irkörü, Sultan Ayaz og Secil Özkan. 2003. Impact of stomatheraphy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease* 18(3): 234-238
- Kristoffersen, Nina Jahren. 1996. Ulike syn og perspektiver på helse og sykdom. I *Generell sykepleie 1. Fag og yrke – utvikling*, red. Nina Jahren Kristoffersen, 19-79 Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- Krouse, Robert, Marcia Grant, Betty Ferrel, Grace Dean, Rebecca Nelson og David Chu. 2007. Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *Journal of Surgical Research* 138: 79-87
- Kunnskapssenteret, www.kunnskapssenteret.no (lest 15.12.2009)
- Laursen, Birgitte Schantz. 2007. Sykepleie knyttet til pasientens seksualitet. I *Sykepleieboken 1*, 3utg. red. Mekki, Tone Elin, 631-647. Oslo: Akribes AS
- Manderson, Lenore. 2005. Boundary breaches: the body, sex and sexuality after a stoma Surgery. *Social Science & Medicine* 61(2): 405-415
- McMullen, Carmit K., Mark C. Hornbrook, Marcia Grant, Carol M. Baldwin, Cristopher S. Wendel, Jane Mohler, Andrea Altschuler, Michelle Ramirez og Robert S. Krouse. 2008. The Greatest challenges Reported by Long-Term Colorectal Cancer Survivors With Stomas. *The Journal of Supportive Oncology* 6(4): 175-182
- Nichols, Thom R. og Michael Riemer. 2008. The Impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nurses* 35(3): 316-20
- Norilco, www.norilco.no (lest 23.09.2009)
- Nortvedt, Monica, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt og Liv Merete Reinart. 2007. *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Notter, Joy og Philip Burnard. 2005. Preparing for loop ileostomy surgery: Women`s accounts from a qualitative study. *International Journal of Nursing studies* 43(2):147-159

- Persson, Eva og Anna-Lena Hellström. 2002. Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses* 29(2): 103-108
- Reitan, Anne Marie. 2006. Mestring. I *Sykepleieboken 2*, 2.utg. red. Knutstad, Unni og Birthe Kamp Nielsen, 155-179. Oslo: Akribe as
- Richbourg, Leanne, Joshua M. Thorpe og Carla Gene Rapp. Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. 2007. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses* 34(1): 70-79
- Sinclair, Lorraine G. 2009. Young adults with permanent ileostomies. Experiences during the first 4 years after surgery. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nurses* 36(3): 306-316
- Thomsen, Lena. 2001. Å være stomipasient. I *Sykepleie-praksis og utvikling Bind 2*, red. Gjengedal Eva og Rita Jakobsen, 692-707. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Vinsnes, Anne Guttormsen og Astrid Gjerland. 1996. Eliminasjon. I *Generell sykepleie*, red. Nina Jahren Kristoffersen, 343-402 Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Wu, Helen Kit-Man, Janita Pak-Chun Chau og Sheila Twinn. 2007. Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer Nursing* 30(3): 186-193
- Wyller, Vegard Bruun. 2006. *Det friske og det syke mennesket*. Oslo: Akribe
- Aadland, Einar. 2004. "Og eg ser på deg" *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget
- Aae, Cecilie Nilsen. 2001. Sykepleie til pasienter med stomi. I *Klinisk sykepleie Bind 2*, red. Hallbjørg Almås, 629-662. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg 1 Tabell over artiklenes innhold og kvalitet

#	Forfattere År, Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Utvalg	Hovedfunn	Kvalitet
1	Berndtsson, Ina, Elisabet Lindholm og Inger Ekman 2005, Sverige Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society	Thirty years of experience Living with a continent ileostomy	Å vurdere pasienters langsiktig tilpasning til dagliglivet og egenomsorg, 30 år etter gjennomgått kirurgi	Kvantitativ Spørreskjema med 36 lukkede spørsmål. Spørsmål om livskvalitet på eget skjema med åpne spørsmål	68 deltagere med ileostomy 25 menn 43 kvinner	På lang sikt har folk med ileostomi god egenomsorg. Manglende kvalitet og tilgjengelighet på offentlige toaletter reduserer virksomheten utenfor hjemmet.	Høy * Godkjent av etisk komité
2	Berndtsson, Ina, Elisabet Lindholm, Tom Öresland og Leif Hultén 2004, Sverige Diseases of the Colon & Rectum	Health-Related Quality of Life and pouch Function; continent ileostomi patients: A 30-Years perspective	Å vurdere helserelatert livskvalitet hos pasienter med kontinent ileostomi	Kvantitativ Spørreskjema (SF- 36) inndelt i 8 ulike helsesdomener 35 spørsmål	121 pasienter operert mellom 1967 og 1974. Etter 30 år med oppfølging deltok 68 pasienter i siste spørreunde. (gj.snitt.alder 60 år)	Majoriteten av pasientene mente de hadde en fungerende pouch. Livskvaliteten var likestilt med den øvrige befolkningen.	Middels * Godkjent av etisk komité
3	Carlsson, Eva, Barbro Berglund og Svante Nordgren 2001, Sverige Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society	Living with an ostomy and short bowel syndrome: Practical Aspects and impact on daily life	Å beskrive praktiske aspekter i dagliglivet for mennesker med Short Powel Syndrom og en stomi. Dette for å gi en bedre forståelse for det å leve med SBS.	Kvalitativ Semistrukturerte intervjuer	6 personer (38-68 år) med Chrons. Rekrutert fra Sahlgrenska Sykehus i Gøteborg	Opplevde begrensinger i å handle spontant i daglige aktiviteter. ½ aksepterte aldri stomien, andre halvpart ønsket ikke tilbake til livet før stomi. Trøtthet påvirket sosiale- og fritidsaktiviteter	Høy * Godkjent av etisk komité

4	Ito, Naomi, MakotoTanaka og Keiko Kazuma 2005, Japan Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society	Health-Related Quality of life Among Persons living in Japan with a Permanent Colostomy	Å sammenligne helserelatert livskvalitet (HRQOF) hos stomipasienter med den japanske befolkningen. Oppdage faktorer som påvirker livskvaliteten	Kvantitativ Spørreskjema (SF- 36) ble utdelt til 225 personer	225 personer som deltok på møte i stomiforbundet. 102 personer ble inkludert i dataanalysen 50-80 år	Personer med kolostomi hadde lavere HRQOF enn befolkningen på rolle-fysisk og det sosiale. Å være ansatt, alder, antall i husholdning → neg. innvirkning på HRQOF	Middels * Etisk bra, godkjent av administrator i stomi- forbundet
5	Karadag, Ayise.,Bülent Mentes, Aytug Üner, Oktay Irkörüci, Sultan Ayaz og Secil Özkan 2003, Tyrkia International Journal of Colorectal Disease	Impact of Stomatherapy and quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies	Å dokumentere de problemene pasienter med permanent colo- eller ileostomi møter, og klargjøre eventuelle effekter av stomiterapi for pasienters livskvalitet	Kvantitativ To spørreskjema, ett om livskvalitet, og ett om spesifikke problem relatert til stomien	43 personer med enten colo-eller ileostomi. 24-77 år	Colostomi/ileostomi har stor negativ betydning på livskvaliteten. De som fikk stomiterapi opplevde økt livskvalitet	Høy *
6	Krouse, Robert, Marcia Grant, Betty Ferrel, Grace Dean, Rebecca Nelson og David Chu 2007, USA Journal of Surgical Research	Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non- Cancer Patients with Colostomies	Å beskrive livskvalitet og dets faktorer hos stomipasienter, og sammenligne faktorene hos pasienter med og uten kreftdiagnose	Kvantitativ Spørreskjema ble sendt via e-post til alle medlemmer i California United Ostomy Association (2455 stk)	599 pasienter med colostomi 15-95 år	Pasienter med kreftdiagnose hadde mindre vanskeligheter med å tilpasse seg stomien. Felles problemområder: seksualitet, gasslekkasje, obstipasjon, reise og utseende.	Høy * Godkjent av "The International review board"

7	Manderson, Lenore 2005, Australia Social Science & Medicine	Boundary breaches: the body, sex and sexuality after stoma surgery	Å undersøke menn og kvinners erfaringer med å tilpasse seg livet med stomi	Kvalitativ Ustrukturerte intervju. Ansikt til ansikt, skriftlig eller selvinnsplitt på bånd.	32 personer som svarte på annonse i tidsskriftet "Ostomy Australia" (24-82 år)	Somi → nedsatt selvtilitt. Som voksent og seksuelt individ var selvfølelsen for mange truet av opplevelsen å ha en stomi. Både stomipasienten og partner rammes, flere forhold tok slutt.	Høy * Godkjent av etisk komitéer
8	McMullen, Carmit, Mark Hornbrook, Marcia Grant, Carol Baldwin, Christopher Wendel, Jane Mohler, Andrea Altschuler et al. 2008, USA The Journal of Supportive Oncology	The Greatest Challenges Reported by Long-Term Colorectal Cancer Survivors with Stomas	Å presentere de største utfordringene med å leve med stomi hos personer som har overlevd colorektalkreft.	Kvalitativ Spørreskjema med tre typer spørsmål samt ett åpent spørsmål. Skriftlig eller via tlf.	Colon- og rektalkreft-overlevende med stomi, diagnostisert fra 2000-2006. 286 pasienter, 178 svarte på det åpne spørsmålet.	6 tema: Håndtering av stomi/utstyr, ukomfortabelhet, helserelaterte barrierer, neg. Psykosos. Påvirkninger, støtte/utd., mestre/tilpassning	Høy * Etisk vurdert
9	Nichols, Thom, and Michael Riemer 2008, USA Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society	The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients	Å se om det er en sammenheng mellom stabilitet i yrkesliv/ekteskap/partner og livskvalitet etter stomioperasjon	Kvantitativ Spørreskjema. 2 foreliggende pilotstudier	1495 deltakere 20år →	Stabilitet i ekteskap/partner/arbeid → positiv påvirkning på rehab. og syn på livskvalitet.	Høy *
10	Notter, Joy og Philip Burnard 2005, England International Journal of Nursing Studies	Preparing for loop ileostomy surgery: women's accounts from a qualitative study	Å beskrive kvinners oppfatning/opplevelse etter restorative proctocolectomy	Kvalitativ Semistrukturerte intervju	50 kvinner	Få følte seg kurert, men de fleste følte seg bedre. Tilpasset seg nytt liv, men hverdag fortsatt annerledes enn før	Høy *

11	Persson, Eva og Anna-Lena Hellström 2002, Sverige Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society	Experiences of Swedish Men and Women 6 to 12 Weeks after Ostomy Surgery	Å beskrive pasienters opplevelse av å leve med stomi, 6 til 12 uker etter stomioperasjon, med fokus på kroppsbilde	Kvalitativ Intervju, ansikt til ansikt, tatt opp på bånd.	9 nye stomipasienter der det var forventet at de skulle ha stomien i minst 6 mnd. 44-67 år	7 hovedtema: fremmedfølelse over kroppen, forandret kroppsbilde, seksualliv, usikkerhet, sosialt liv, aktiviteter/sport og fysiske problem	Høy * Etisk godkjent
12	Richboug, Leanne, Joshua M. Thorpe og Carla Gene Rapp 2007, USA Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society	Difficulties Experienced by the ostomate After hospital Discharge	Å identifisere stomirelaterte problemer etter utskrivelse, hvem de søkte hjelp hos og om dette vare hjelpsomt	Kvantitativ Tverrsnittstudie Spørreskjema med lukkede spørsmål som ble besvart skriftlig	34 deltakere med colo-, ileo- eller usostomi Rekrutert fra North Carolina Hospital	5 problem: hudproblem, lekkasje, lukt, depresjon/uro og reduksjon i fritidsaktiviteter	Høy * Godkjent av "The International review board"
13	Sinclair, Lorrain G. 2009, Canada Journal of Wound, Ostomy and Continence Nurses Society	Young adults with permanent ileostomies: experiences during the first 4 years after surgery	Å forstå hvordan unge voksne opplever det å leve med permanent ileostomi	Kvalitativ Fortellende intervju, ansikt til ansikt	7 personer 3 menn 4 kvinner 24-40 år	Viktig med god informasjon, stomi har negativ innvirkning på kroppsbilde og sexliv	Høy * Etisk godkjent
14	Wu, Helen Kit-Man, Janita Pak-Chun Chau og Sheila Twinn 2007, Kina Cancer Nursing	Self-efficacy and Quality of Life Among Stoma Patients in Hong Kong	Å undersøke forholdet mellom selvvirkning og livskvalitet hos stomipas., se på samspillet mellom selvvirkning og sosialdemografiske karakteristikk	Kvantitativ To spørreskjemaer SE Scale og SF-36	96 personer med tarmstomi	Sammenheng mellom selvvirkning og livskvalitet. Alder, kjønn, utd.nivå, finansiell status og grad av hjelp påvirket nivå av selvvirkning. ↓ selvtillit og trygghet	Høy * Godkjent av etisk komité

Vedlegg 2 Fargekoder

Rosa – lukt

Gul – gass

Rød – lyd

Mørk grønn – lekkasje/skade

Blå – Hudirritasjon

Lilla – Forandret kroppsbilde

Orange – Seksualitet

Turkis – Klesvalg

Brun – Mat

Lys grønn – Sosialforandring

Røde prikker – Spl.`s rolle/info/undervisning/tilpassning

Blåe prikker – Smerte

Lys grønne prikker – Depresjon/angst

Vedlegg 3

SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien tydelig?
2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?
4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?
5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?
6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?
7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?
8. Er etiske forhold vurdert?

HVA ER RESULTATENE?

8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?

KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?

9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

NB: Vi gjør oppmerksomme på at vi her presenterer kun sjekklistens spørsmål. For fullstendig versjon henviser vi til www.kunnskapssenteret.no.

Vedlegg 4

SJEKKLISTE FOR VURDERING AV PREVALENSSTUDIE

(Tverrsnittstudie, spørreundersøkelse, survey)

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er problemstillingen i studien klart formulert?
2. Er en prevalensstudie en velegnet metode for å besvare problemstillingen/spørsmålet?

KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE

3. Er befolkningen (populasjonen) som utvalget er tatt fra, klart definert?
4. Ble utvalget inkludert i studien på en tilfredsstillende måte?
5. Er det gjort rede for om respondentene skiller seg fra dem som ikke har respondert?
6. Er svarprosenten høy nok?
7. Bruker studien målemetoder som er pålitelige (valide) for det man ønsker å måle?
8. Er datainnsamlingen standardisert?
9. Er dataanalysen standardisert?

HVA FORTELLER RESULTATENE?

10. Hva er resultatet i denne studien?

KAN RESULTATENE VÆRE TIL HJELP I MIN PRAKSIS

11. Kan resultatene overføres til praksis?
12. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene i andre tilgjengelige studier?

NB: Vi gjør oppmerksomme på at vi her presenterer kun sjekklistens spørsmål. For fullstendig versjon henviser vi til www.kunnskapssenteret.no.

Vedlegg 5

HVA ER DET JEG ØNSKER Å VITE NOE (MER) OM:

PROBLEMSTILLINGER:

- *Hvordan påvirker stomien pasienters hverdag?*

- *Hvilke pasienterfaringer er det viktig at sykepleierne har kjennskap til for å lette pasienters tilpasning til livet med stomi?*

P	I	C	O
Pasienter med stomi			Erfaringer, tilpasning, livskvalitet, kroppsbilde
stoma, ostomy, ileostomy, colostomy			experiences, adaptation, cope, Quality of life”, “body image”